

Estructura y organización de una red perinatal en el conurbano bonaerense (provincia de Buenos Aires, Argentina). *Structure and organization of a perinatal network in the greater Buenos Aires (Buenos Aires province, Argentina).* Clara Pierini. Población & Sociedad [en línea], ISSN 1852-8562, Vol. 26 (2), 2019, pp. 34-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.19137/pys-2019-260202>. Puesto en línea en diciembre de 2019.

Esta obra se publica bajo licencia Creative Commons Atribución - No Comercial CC BY-NC-SA, que permite copiar, reproducir, distribuir, comunicar públicamente la obra y generar obras derivadas, siempre y cuando se cite y reconozca al autor original. No se permite, sin embargo, utilizar la obra con fines comerciales.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Contacto

poblacionysociedad@humanas.unlpam.edu.ar

<https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/index>

**Población
& Sociedad**
revista de estudios sociales

Estructura y organización de una red perinatal en el conurbano bonaerense (provincia de Buenos Aires, Argentina)

Structure and organization of a perinatal network in the greater Buenos Aires (Buenos Aires province, Argentina)

Clara Pierini

Resumen

El artículo analiza la estructura y organización de una red perinatal regional en el conurbano bonaerense (2008-2017). Caracteriza su composición, presenta los atributos de sus actores y reflexiona sobre el nivel local. La estrategia metodológica es cualitativa. Los resultados destacan su carácter estatal, la presencia de tres niveles de atención (que asumen características novedosas en la práctica), su bajo nivel de construcción y cierto desconocimiento de las interdependencias que unen a los participantes. Sobresale el trabajo de dos corredores municipales. Se evidencian relaciones no jerárquicas (ni independientes) entre los niveles de gobierno y la importancia de atender al nivel local.

Palabras clave: redes de servicios de salud; atención perinatal; conurbano bonaerense; relaciones intergubernamentales

Abstract

This article analyzes the structure and organization of a perinatal network in the Greater Buenos Aires (2008-2017). It presents the composition of the network, describes its actors and reflects on the local level. The methodological strategy is qualitative. The results highlight its public nature, the presence of three levels of attention (which assume novel characteristics in the practice), its low level of construction and certain ignorance of the interdependencies that unite the participants. The work of two municipal corridors stands out. There is evidence of non-hierarchical nor independent relationships between the levels of government and the importance of attending to the local level.

Keywords: health service networks; perinatal care; greater Buenos Aires; intergovernmental relations

Introducción

Acerca de los orígenes de las redes de servicios de salud

La noción de redes de atención en salud aparece en Estados Unidos durante la década de 1990, donde Shortell *et al.* (1993) propusieron el desarrollo de sistemas integrados de salud que deben ser entendidos como un continuo coordinado de servicios para una población y territorio específicos. Después, la propuesta redes de servicios sanitarios fue retomada por los sistemas públicos de Europa Occidental (Saltman & Figueras, 1997) y también por el de Canadá (Leatt, Pink & Naylor, 1996), llegando más tarde a distintos países latinoamericanos (Vilaça Mendes, 2013). En estos diferentes contextos, la estrategia de redes de atención fue promovida como una salida a la crisis contemporánea de los sistemas de salud, con el objetivo superar la fragmentación y/o consolidar un continuo coordinado e integral de servicios (Shortell *et al.*, 1993; Vilaça Mendes, 2013).

En América Latina, distintos autores han señalado también que la fragmentación es causa de un bajo desempeño de los sistemas de salud y que las redes de servicios son una estrategia para garantizar el acceso a todos los niveles de atención (Vázquez Navarrete & Vargas Lorenzo, 2006; Vilaça Mendes, 2013); paralelamente, otras investigaciones empíricas han elaborado herramientas metodológicas para caracterizar y analizar las redes existentes (López Puig *et al.*, 2011; Ariovich & Crojethovic, 2015).

Diversos trabajos han mostrado las especificidades de esta región a la hora de implementar redes de servicios de salud. En Brasil, una serie de estudios de caso han analizado experiencias específicas de redes de servicios, identificando los problemas que dificultan su gestión y sugiriendo su efectividad (Dos Santos, 2013). Otros autores de ese mismo país destacan la importancia de trabajar conjuntamente las estrategias de *redes de servicios* y *regionalización de la atención* en vistas de lograr respuestas que atiendan las características de los disímiles territorios locales y regionales (D'Ávila Viana *et al.*, 2015). Desde Argentina, Maceira & Palacios (2012) han trabajado sobre la experiencia de dos redes de atención perinatal de la Provincia de Buenos Aires e identificaron los límites para su desempeño, entre los que se destacan la descentralización provincial y municipal (la primera por suponer limitaciones normativas al planificar e implementar acciones sanitarias y la segunda en relación a las dificultades de coordinación entre hospitales provinciales y centros de salud municipales) y la informalidad con que se estructuran y funcionan tales redes.

Desde un enfoque más normativo, la noción de redes en salud ha tenido un largo recorrido en las propuestas de los organismos internacionales. Así, existen múltiples compromisos que impulsan a los estados a trabajar en cuidados integrados de la salud y en el desarrollo de redes de servicios (Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, 2005; OPS, 2010; OPS - Ministerio de Salud de la Nación, 2011). La Organización Panamericana de la Salud plantea que las *Redes Integradas de*

Servicios de Salud refieren a una red de organizaciones, de distinta naturaleza jurídica, que brinda servicios de salud equitativos e integrales a una población específica y que está en condiciones de rendir cuentas por los resultados clínicos, económicos y el estado de salud de esta población; asimismo, las redes son consideradas una expresión operativa del enfoque Atención Primaria de la Salud al nivel de los servicios, que colaboran en el alcance de sus objetivos (OPS, 2010).

Entre la segmentación y la fragmentación del sistema sanitario argentino: el desarrollo de redes perinatales como estrategia para mejorar el acceso y ampliar la cobertura

Frente al resto de Latinoamérica, Argentina tiene una posición privilegiada en términos de financiamiento y estructura de su sistema de salud (considerando los tres subsectores que lo componen: público, de la seguridad social y privado); a la vez que es uno de los países con mayor desembolso sectorial dentro de las naciones de ingreso medio y de la región. No obstante, sus indicadores tradicionales de resultados en salud no se condicen con estos esfuerzos (Maceira, 2012). Las características de financiamiento y estructura del sistema se ven relativizadas por los altos niveles de fragmentación y segmentación entre subsectores (y dentro de los mismos) que redundan tanto en inequidades en la cobertura como en el acceso a los servicios (Acuña & Chudnovsky, 2002; Cetrángolo, 2014). Además, esta segmentación se expresa en una desigual distribución de los recursos en el territorio (Abramzón, 2006; Maceira *et al.*, 2006).

Respecto a las competencias jurisdiccionales, el derecho a la salud es un derecho constitucional en la Argentina y a nivel nacional se ha asumido el compromiso de avanzar hacia el universalismo (OMS, 2005). No obstante, la salud se encuentra en Argentina bajo la órbita de las provincias y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quienes se encargan de definir el alcance, el contenido y el modo de organización de los servicios a su interior. Son estas jurisdicciones quienes establecen su régimen municipal y definen las áreas de competencia a nivel local (Abramovich & Pautassi, 2008). Esta situación marca una tensión en términos de *derecho y autonomía* destacable, ya que las políticas orientadas a la universalidad son implementadas en establecimientos fuera de la órbita de la Nación (Chiara, 2018).

En el caso del conurbano bonaerense,¹ es el Estado de la provincia de Buenos Aires quien está a cargo de definir acciones positivas para garantizar este derecho prestacional. También en esta región la fragmentación, la heterogeneidad del sistema y la desigualdad de los territorios provocan un desigual acceso a la salud por parte de la población, que en un 38,5%² depende de la red estatal. Como resultado del proceso de descentralización,³ entre otros, el sector municipal es responsable casi exclusivo de la prestación de servicios en el primer nivel de atención y de una parte de la oferta hospitalaria, cuya responsabilidad es compartida con la Provincia y, en menor medida, con la Nación (Cetrángolo, 2014). Así, la organización del sistema de salud en esta

región permite reconocer complejas relaciones nación-provincia-municipios, que darán características particulares a los procesos de implementación de políticas (Chiara, 2018).

Las redes de servicios aparecen como una respuesta a la fragmentación de los sistemas de salud de la región y a la crisis que los atraviesa. En consecuencia, esta propuesta viene ganando importancia en la agenda nacional y en la del conurbano, tanto en las orientaciones de políticas como en la *meso gestión*.⁴ Desde un nivel *macro* institucional distintas iniciativas nacionales y provinciales, con el énfasis puesto en la universalización, se han orientado en el último decenio a mejorar las condiciones de acceso a la salud, a ampliar la cobertura y a garantizar la calidad (a nivel nacional, por ejemplo, el Plan Nacer-SUMAR y el programa Remediar). Algunas de estas iniciativas, dado que atraviesan todos los niveles de la gestión y dialogan con diversos actores en el territorio, han impulsado la conformación de redes de servicios en su implementación (Proyecto PICT 693/ 2014).⁵ Sin embargo, su avance no ha sido fácil debido a que el federalismo y los procesos de descentralización han incidido en la fragmentación y, en ciertas oportunidades, han atentado contra el desarrollo y la eficacia de las redes (Maceira & Palacios, 2012).

El objetivo de este artículo es describir y analizar la estructura y organización de una red perinatal regional en el conurbano entre 2008 y 2017. Este tipo de redes están orientadas a la atención de las personas gestantes y púérperas, y de los recién nacidos, y se caracterizan por una organización jerarquizada y según niveles de complejidad crecientes (OPS-MSAL, 2011). Interesa conocer si la red seleccionada favorece a superar la fragmentación y la segmentación que caracterizan al sistema sanitario argentino, bajo qué condiciones y cuál es su contribución. Se destaca que el estudio de la conformación y el funcionamiento de redes de servicios de salud, tanto a nivel nacional como provincial, es un campo poco explorado y con escasa producción académica.

El desarrollo de redes perinatales reviste particular interés dado que la fragmentación y segmentación del sector salud han redundado en una débil y desarticulada atención perinatal en la Argentina, en especial dentro del subsector estatal (Speranza & Kurlat, 2011). En el conurbano esta situación se agrava debido a las dificultades que se les presentan a los programas orientados a organizar la atención perinatal (numerosos establecimientos públicos con disparidad de resultados, que no trabajan según niveles de complejidad; ausencia de sistemas estables de transporte; insuficiente regulación estatal sobre las obras sociales y el sector privado, etc.) (OPS-MSAL, 2011).

Por otra parte, desde el 2010, los niveles nacional y provincial han comenzado a promover dentro del conurbano una reestructuración de la atención perinatal según niveles de complejidad o *regionalización perinatal*. Esta reestructuración ha dado lugar a redes perinatales que presentan una estructura y una dinámica particulares, donde intervienen distintos niveles de gestión (OPS-MSAL, 2011; Speranza & Kurlat, 2011).

Lineamientos teórico-conceptuales para el estudio de una red perinatal y las relaciones entre los actores y niveles gubernamentales intervinientes en su gestión

Las nociones de redes de políticas y redes de servicios de salud

Las redes de políticas refieren a una serie de vínculos relativamente estables, no jerárquicos e independientes entre diversos actores del sector público y/o privado que se relacionan, discuten y toman decisiones sobre un área de la política pública o una política específica. Los actores poseen estrategias y metas propias, pero procuran conservar la estructura reticular porque entienden que el intercambio y la cooperación son el mejor camino para alcanzar objetivos comunes. Estas estructuras multicéntricas (las redes) generan vínculos de interdependencia que, con el tiempo, pueden institucionalizarse y volver difusas las fronteras entre las organizaciones (Klijn, 1998; Fleury, 2002; Hintze, 2009).

Se destaca la propuesta de Klijn (1998), quien asigna a las redes tres características: interdependencia, diversidad de actores con objetivos propios y relaciones de naturaleza duradera. Sobre la interdependencia, plantea que los actores dependen de los recursos de los demás para alcanzar sus objetivos y que esta situación moviliza sus interacciones; y respecto a la diversidad de actores, menciona que un actor individual difícilmente tiene poder suficiente para determinar las acciones estratégicas de los demás. Los patrones de interacción estables entre actores (reglas formales e informales) permiten pensar el tema de la institucionalización de las redes, cuyo desarrollo es clave para coordinar interacciones complejas entre los múltiples actores intervinientes (Klijn, 1998; Fleury, 2002).

Dada la interdependencia entre organizaciones con intereses diversos y su labor conjunta, las tensiones y negociaciones son inevitables en las redes. En consecuencia, la cuestión del conflicto en su articulación/gestión ocupa un lugar central (Fleury, 2002; Blanco, 2009). Fleury (2002) indica que, si bien en las redes aparecen representados distintos niveles gubernamentales, esto no implica relaciones jerárquicas, ya que las diversas unidades (generalmente) actúan de forma autónoma. No significa que todos los actores tengan el mismo poder (Klijn, 1998), este guarda relación con su influencia en la viabilidad de la red (Fleury, 2002).

Aquellos abordajes preocupados por la aplicación del *modelo de redes* al campo de la planificación y gestión sanitaria, plantean que las redes refieren a una articulación de organizaciones (públicas, privadas, sociedad civil) que brindan un continuo coordinado e integral de servicios de salud para una población y territorio específicos; están a cargo de los costos y resultados (clínicos, económicos y del estado de salud de la población) y deben poder rendir cuentas por ellos. En Latinoamérica y Argentina (en el subsector estatal), estas redes se implementaron como una estrategia para garantizar el acceso de la población a la atención integrando los distintos niveles de

complejidad. Organizadas a partir de la Atención Primaria de la Salud (APS), sostienen modelos productivos que concentran ciertos servicios (hospitales, centros especializados) y favorecen la dispersión de otros (centros de APS) (Vilaça Mendes, 2013; Ariovich & Crojethovic, 2015).

En relación a los fundamentos de estas redes de servicios, Vilaça Mendes (2013) indica que, para que su organización sea efectiva, eficiente y de calidad, tienen que estructurarse con base en una economía de escala, disponibilidad de recursos, calidad y acceso; integración horizontal y vertical; procesos de sustitución; territorios sanitarios; y niveles de atención. Rovere (1999) señala que existen distintos niveles en la construcción de redes, donde cada uno sirve de apoyo al siguiente: reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación. Ambas propuestas permitirán analizar el nivel de construcción de la red estudiada, como distinguir fortalezas y debilidades.

Las redes de servicios se despliegan sobre territorios con realidades socio-sanitarias específicas que deben ser consideradas. Paralelamente, ciertas particularidades de este modelo de atención, como la articulación de servicios no necesariamente vinculada con la proximidad física sino con la coordinación estratégica, denotan una concepción sistémica del territorio. Esta concepción supone distintas escalas y niveles (multiterritorialidad), pero también la integración de lógicas áreales y reticulares. La noción de *territorio-red* es clave para dar cuenta de estas novedosas métricas y de las cercanías y distancias invisibles (Brugué, Gomá & Subirats, 2002; Dematteis & Governa, 2005; Blanco, 2009).

Las redes perinatales se organizan de modo jerarquizado y según niveles de complejidad creciente. Cada una de sus instituciones tiene un nivel de complejidad específico, definido y en relación a las necesidades de la población. Este tipo de redes se organizan en tres niveles de atención, que presentan ciertas particularidades de acuerdo a su población objetivo (las personas gestantes y púérperas, y los recién nacidos), y a los requerimientos que supone la atención materna, fetal y neonatal de calidad (un primer nivel de atención fuerte y capacitado para asignar a las usuarias el nivel de atención que les corresponda según el riesgo; buenos dispositivos de comunicación; y un sistema de traslados organizado y centralizado). La organización en tres niveles que trabajan articuladamente y en red da lugar a la conformación de corredores sanitarios (MSAL, 2010; Schwarcz, 2011; Speranza & Kurlat, 2011).

El primer nivel de atención se encarga, a través de los servicios de obstetricia y neonatología y de modo ambulatorio, del control de embarazadas, la detección del riesgo obstétrico y el control del recién nacido sano. El segundo y tercer nivel se encuentran en establecimientos hospitalarios con capacidad para realizar partos. En la categorización de los Servicios de Maternidad, la diferencia central es la presencia o no de Terapia Intensiva de adultos u Obstétrica; en el caso de los Servicios de Neonatología se categorizan de acuerdo a la edad gestacional (OPS-MSAL, 2011; Fariña, 2018).

Los servicios de obstetricia del segundo nivel se caracterizan por dedicarse a la atención de embarazos de bajo riesgo, la posibilidad de realizar cesáreas y no poseer terapia intensiva de adultos. Los servicios de neonatología de este nivel atienden recién nacidos mayores a 35 semanas, cuyo seguimiento debería estar a cargo de pediatras. En el tercer nivel, los servicios de obstetricia atienden embarazos de alto riesgo,⁶ poseen especialidades y terapia intensiva, y los servicios de neonatología se dividen en nivel IIIA y nivel IIIB, los primeros atienden recién nacidos mayores a 32 semanas y los segundos menores de 32 semanas (Fariña, 2018).

Las redes de servicios y las relaciones intergubernamentales

El artículo atiende al enfoque de relaciones intergubernamentales (RIG) dado la especificidad de su objeto: las redes perinatales en el conurbano. Estas redes suponen la articulación y coordinación de acciones entre servicios, establecimientos, programas y otros actores que responden a diversos niveles de gobierno (Wright, 1997; Gutiérrez & Alonso, 2016; Chiara, 2018).

En respuesta a las teorías federales, Wright (1997) define a las RIG como actividades e interacciones que suceden entre unidades de gobierno de todos los tipos y niveles al interior de un sistema federal (nación-provincia-municipios). Su propuesta no atiende sólo a las relaciones formales entre niveles gubernamentales y a las reglas explícitas, sino que considera prácticas e intervenciones concretas. Además, presta atención a las interacciones entre niveles de gobierno, asigna centralidad en el análisis al nivel local, y destaca que (en materia de relaciones intergubernamentales) no siempre el nivel nacional es superior (Gutiérrez & Alonso, 2016).

Wright (1997) define tres modelos de RIG basados en la autoridad: autonomía, negociación y jerarquía. El primero asigna autonomía total a cada nivel gubernamental y sostiene la falta de autoridad de uno por sobre otro; el segundo (basado en la negociación) supone que las decisiones se toman a través de relaciones contractuales entre niveles; y en el último modelo prevalece la jerarquía (Gutiérrez & Alonso, 2016; Chiara, 2018). Gutiérrez & Alonso (2016) explican que las RIG usualmente se rigen por un modelo de autoridad superpuesta o negociación. Asimismo, estos autores y Chiara (2018) advierten la necesidad entender las relaciones entre niveles de gobierno no aisladamente, sino insertas en la política partidaria y en los vínculos entre funcionarios.

En relación al caso del subsector sanitario estatal de la Provincia de Buenos Aires, Chiara (2018) distingue situaciones de autonomía relativa en la toma de decisiones y escasos mecanismos de coordinación entre cada uno de los niveles intervinientes: nacional, provincial y municipal. Menciona que estas esferas son internamente complejas y, en el caso de los municipios del conurbano, sumamente heterogéneas. Así, las relaciones mediante las que articulan el trabajo una y otra esfera son particulares.

Durante el período estudiado, la esfera nacional se organizaba en torno al Ministerio de Salud de la Nación, que prácticamente no disponía de

establecimientos (con excepción del Hospital Posadas) para llevar adelante sus políticas. Se destaca que, desde el 2008, a sus áreas de trabajo y programas *tradicionales*, se agregaron novedosas acciones territoriales. La esfera provincial estaba articulada alrededor de la cartera sanitaria provincial e incluía los hospitales, las Regiones Sanitarias y los Centros de Prevención de Adicciones. Se distinguían un conjunto de situaciones claves para su análisis: los hospitales han sido una cuestión central en el trabajo del nivel provincial, y las relaciones entre el ministerio y los establecimientos no se estructuraban jerárquicamente. Además, se sumaban las responsabilidades del nivel provincial adquiridas como resultado de la descentralización y la dependencia financiera del nivel nacional. Finalmente, la esfera municipal, estaba estructurada en torno a las Secretarías de Salud, de las que dependen los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y algunos hospitales. Entre las secretarías y los establecimientos, normalmente, se establecían relaciones de tipo jerárquico. Las situaciones al interior de cada municipio eran diversas, por ejemplo, en términos de acceso y perfil prestacional (Chiara, 2018).

Aspectos metodológicos

La decisión de considerar a una Región Sanitaria como unidad de estudio responde a que, en la provincia de Buenos Aires, éstas constituyen espacios descentralizados del Estado provincial en materia salud, encargados de la planificación, gestión y/o articulación de políticas sanitarias desde una perspectiva regional. La elección de la Región Sanitaria VII, responde a intereses que exceden los objetivos del artículo.⁷ Brevemente, resulta de interés como caso porque posee las siguientes características: buena presencia de establecimientos de los tres niveles de atención, la existencia de efectores de las tres jurisdicciones (nación-provincia-municipios), el funcionamiento de un hospital de la más alta complejidad (Hospital Nacional Posadas) y la implementación del proceso de *regionalización de la atención perinatal*. Además, presenta alta densidad poblacional y un elevado porcentaje de nacimientos sobre el total del conurbano.⁸

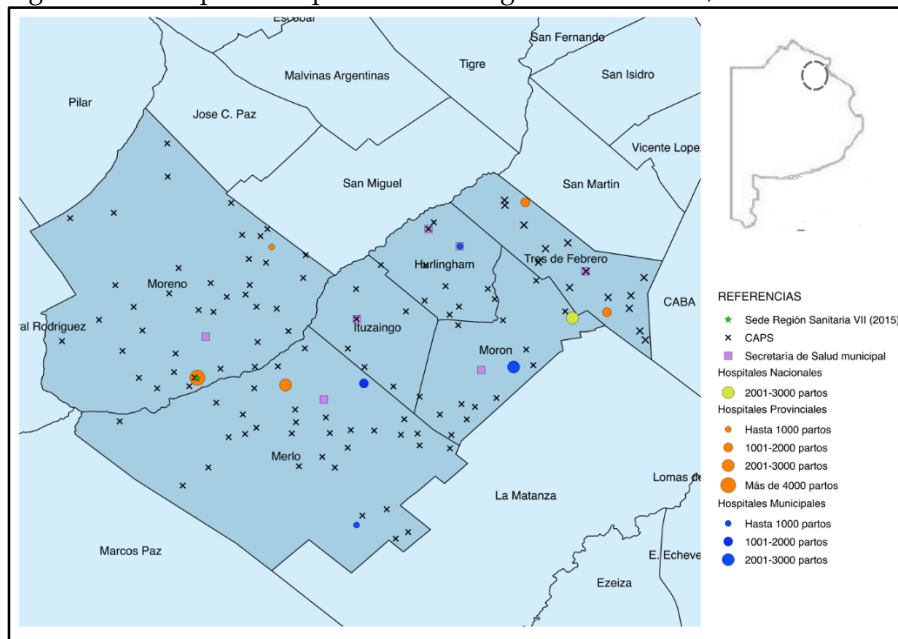
En relación a la *regionalización de la atención perinatal* cabe explicar que, desde el 2010, en el marco del *Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de las Mujeres y de las adolescentes*, el nivel nacional comenzó a promover una reestructuración de la atención perinatal según niveles de complejidad. En el conurbano, esta reestructuración fue llevada adelante por el gobierno provincial y asignó un lugar central a las regiones sanitarias; además, ha dado lugar a redes perinatales que presentan una estructura, organización y dinámica particulares.

La Región Sanitaria VII está integrada por los municipios de General Las Heras, General Rodríguez, Luján, Marcos Paz, Merlo, Hurlingham, Ituzaingó, Morón, Tres de Febrero y Moreno. Este estudio considera los municipios que pertenecen al conurbano, dado las particularidades de este territorio (en

especial, la continuidad de la trama urbana y la cantidad de población) y, consecuentemente, los municipios de General Las Heras, General Rodríguez, Luján y Marcos Paz fueron excluidos. La Región Sanitaria VII tiene una población de 2.253.772 habitantes y los seis partidos considerados alcanzan los 1.991.244 habitantes, es decir, el 19,41 % de la población del conurbano (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010). En 2015, la red perinatal estatal de estos seis partidos estaba compuesta por un hospital nacional, cinco hospitales provinciales y cuatro hospitales municipales (Figura 1).

El recorte temporal se extiende entre 2008 y 2017. Inicia con la incorporación de la provincia de Buenos Aires al Plan Nacer (programa implementado por el Ministerio de Salud de la Nación, que refiere a seguros públicos de salud provinciales para la población materno-infantil sin obra social) e incluye el comienzo del proceso de *regionalización de la atención perinatal*.

Figura 1. La red perinatal pública de la Región Sanitaria VII, 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (MSP, 2012; DIS-MSP, 2015) y de las Secretarías de Salud municipales (Municipalidad de Ituzaingó, 2014; Gobierno de Morón, 2018; Municipio de Tres de Febrero, 2018; Municipio de Merlo, 2018; Municipio de Moreno, 2018).

La estrategia metodológica es cualitativa e incluyó el relevamiento y sistematización de datos secundarios y la elaboración y análisis de datos primarios. La búsqueda de información secundaria contempló el relevamiento de normativa vinculada a la gestión de la atención perinatal en

sus distintos niveles y a la organización de los servicios de salud. Además, involucró la sistematización de documentos de planes y programas referidos a la atención materno-infantil, como informes de gestión, protocolos y guías específicas a la red estudiada (Cuadro 1).

Cuadro 1. Fuentes secundarias consideradas

Normativa

- Normas de organización y funcionamiento de servicios de maternidad. Resolución 348/2003 del Ministerio de Salud de la Nación.
- Caracterización de los servicios según nivel de resolución. Resolución 495/2014 del Ministerio de Salud de la Nación (complemento de la Res. 348/2003).
- Directriz de organización y funcionamiento de los servicios de cuidados neonatales. Resolución 641/2012 del Ministerio de Salud de la Nación.

Documentos de planes y programas

- Fortalecimiento y desarrollo de la red perinatal de salud de la provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y Programa de apoyo a la inversión en los sectores sociales de la Provincia de Buenos Aires (MSP-PAISS, 2012).
- Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2010).

Informe de gestión

- Regionalización de la Atención Perinatal en la Argentina. Barreras, experiencias y avances en el proceso de Regionalización Perinatal. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2018).

Protocolos y guías

- El Cuidado Prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud de la Nación (Schwarcz, R., Uranga, A., Lomuto, C., Martínez, I., Gallimberti, D., García, O., Etcheverry, M., y Queiruga, M., 2001).
- Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia. UNICEF y Ministerio de Salud de la Nación (UNICEF- MSAL, 2010).
- Regionalización de la Atención Perinatal. Documentos. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de la Nación (OPS-MSAL, 2011).
- Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal. Ministerio de Salud de la Nación (MSAL, 2013).
- Trabajar en la Maternidad Estela de Carlotto. Guía para la organización y el funcionamiento institucional. Maternidad Estela de Carlotto (MEC, 2017).
- Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MS-PBA, s/a).

Fuente: Elaboración propia.

La realización de entrevistas semi-estructuradas a informantes vinculados a la gestión de la atención materno-infantil (a nivel nacional, provincial y municipal) y a profesionales de los establecimientos estuvo orientada a

reconstruir y analizar la experiencia de la red perinatal de la Región Sanitaria VII. Las entrevistas abonaron a caracterizar la estructura, organización, dinámica y alcance de la red, considerando los actores involucrados y las relaciones interinstitucionales. Se incluyeron preguntas vinculadas a la trayectoria del entrevistado, a la organización del trabajo en el área o servicio donde se desempeña/desempeñaba, al funcionamiento de la red perinatal y a las tareas de los distintos actores involucrados (como también a las características de sus interacciones), entre otras. El formulario de entrevista fue ajustado de acuerdo nivel de atención y/o gubernamental donde trabaja o trabajaba la persona consultada.

Se efectuaron veinticuatro entrevistas entre junio del 2017 y abril del 2018 (Cuadro 2). En relación a los criterios utilizados en la selección de los interlocutores, se construyó una muestra que comprendió representantes de los distintos niveles de gestión que participan en la red estudiada; además, en el nivel local, se incluyó a profesionales de todos los municipios de la Región Sanitaria VII. Se entrevistó a personas con diversos cargos, tareas y profesiones, y se consideró que el entrevistado o su lugar de trabajo tuvieran un rol clave en el desempeño de la red perinatal. A los interlocutores se los puso al corriente de la investigación, se les solicitó su consentimiento y se les garantizó la confidencialidad de los datos brindados. El análisis de las entrevistas fue realizado con la ayuda del software Atlas Ti.

En el cuadro 3, se presentan las principales dimensiones y categorías que guiaron el análisis de los datos y que organizan la presentación de los hallazgos. Para su elaboración se ha considerado el marco conceptual presentado anteriormente (el modelo de *redes de políticas*, la propuesta de *redes de servicios de salud* y el enfoque de relaciones intergubernamentales).

Cuadro 2. Entrevistas realizadas, junio 2017- abril 2018

Región Sanitaria VII			
	Macro-gestión	Meso-gestión	Micro-gestión
Actores	Funcionaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires [2007-2015]	Directora de maternidad provincial [2015-2017]	Profesional del Servicio de Obstetricia de hospital nacional. [Todo el período estudiado]
	Referente de programa provincial orientado a la atención materno-infantil [2016-actualidad]	Profesionales del área de gestión de maternidad provincial [2013-actualidad]	Médica de Centro de Salud municipal [2012-actualidad]
	Funcionaria de Secretaria de Salud municipal [2016-actualidad]	Directora de Centro de Salud municipal [Todo el período estudiado]	Profesional del Servicio de Obstetricia de maternidad provincial [2017-actualidad].
	Funcionario de la Secretaria De Salud municipal [Hasta 2015]	Profesional de Secretaría de Salud municipal [Todo el período considerado]	Profesional del Servicio de Obstetricia de hospital provincial [Todo el período considerado]
	Funcionario de Secretaria de Salud municipal [2008 - 2014]	Directora de Centro de Salud municipal [Todo el período estudiado]	Profesional del Servicio de Neonatología de hospital nacional. [Todo el período estudiado]
	Funcionaria de la Región Sanitaria VII [Todo el período considerado]	Profesional de Secretaría de Salud municipal [Todo el período bajo estudio]	Profesional del Servicio de Obstetricia de hospital municipal y de Centro de Salud municipal [Todo el período estudiado]
		Director de Centro de Salud municipal [2012].	Lic. en Obstetricia en Centro de Salud municipal [Todo el período estudiado]
		Jefe de Servicio de hospital municipal [2010-2017].	Profesional del Servicio de Obstetricia y Ginecología de hospital municipal [Todo el período estudiado]
			Lic. en Obstetricia de Centro de Salud municipal [Todo el período estudiado]
			Lic. en Trabajo Social de Centro de Salud municipal [2014-2017]

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3. Principales dimensiones y categorías de análisis

Dimensión	Categorías de análisis	Variables
Estructural	Naturaleza de la red	Tipo de instituciones que la componen (estatales, privadas, de las obras sociales)
		Modalidad de participación de los distintos subsectores del sistema sanitario
	Organizaciones comprometidas en la red	Cantidad
		Tipo de establecimientos
		Niveles de complejidad involucrados
		Reglas de pertenencia / Acreditación requerida
		Características de los establecimientos involucrados (considerar dependencia y nivel de complejidad)
		Características de los servicios involucrados (atender al nivel de complejidad)
		Formación de los profesionales intervinientes
		Tareas de los distintos niveles de gestión involucrados
		Tareas del establecimiento/servicio según nivel de complejidad
Organizacional	Escala territorial de la red	Regional, local
	Organización de la red en el territorio	Características del territorio loco-regional
		Iniciativas regionales y locales en la operativa de la red
		Dificultades/fortalezas que se presentan en el trabajo de acuerdo a las características del territorio
	Articulación entre unidades de gobierno, establecimientos y servicios	Tipo de vínculos / Modos de articulación entre actores
		Formalidad de las normas de articulación
	Coordinación de la atención	Modalidad de acceso del paciente a los establecimientos/servicios
		Presencia de normativa, guías y protocolos de actuación
		Mecanismos e instrumentos de referencia y contrarreferencia

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Klijn, 1998; Rovere, 1999; Fleury, 2002; OPS-MSAL, 2011; Vilaça Mendes, 2013; Ariovich & Crojethovic, 2015; Gutiérrez & Alonso, 2016; Chiara, 2018.

Estructura y organización de la red perinatal de la Región Sanitaria VII: tensiones entre lo jurisdiccional, el nivel de complejidad y las demandas del territorio

La estructura de una red estatal organizada en niveles de complejidad creciente

Respecto a la naturaleza de la red de servicios de salud orientada a la atención perinatal de la Región Sanitaria VII, se destaca su carácter estatal, ya que todos los establecimientos que la conforman pertenecen a ese subsector. En relación a la participación de otros subsectores (privado y de las obras sociales), algunas personas entrevistadas han mencionado dificultades para acercarse y generar acciones conjuntas, aunque reconocen la importancia de generar lazos (particularmente en vistas a reducir la mortalidad materno-infantil).⁹

La red estudiada presenta tres niveles de atención que asumen características novedosas dado su inserción en territorios loco-regionales específicos, como por la participación de establecimientos de diversas jurisdicciones con lógicas de trabajo singulares. El primer nivel está compuesto por todas las postas sanitarias, CAPS y Centros de Integración Comunitaria,¹⁰ de dependencia municipal (que suman alrededor de 113 en el área seleccionada); en estos establecimientos se realizan los controles prenatales,¹¹ puerperales y del recién nacido. Comúnmente, este nivel detecta el riesgo obstétrico y los embarazos de alto riesgo son derivados al hospital de la jurisdicción.

Los interlocutores han indicado que en este nivel no sólo intervienen los servicios de obstetricia y neonatología, como se mencionó al caracterizar al primer nivel (Fariña, 2018), sino también ginecología, medicina general, pediatría y trabajo social, generalmente en busca de un abordaje integral o por falta de profesionales en algún área. Hay CAPS donde los controles prenatales son realizados no sólo por el servicio de obstetricia, sino también por medicina general o ginecología; además, aparecen arreglos informales que permiten (por ejemplo, en casos de vulnerabilidad social, donde aparecen dificultades para acceder al hospital) que las mujeres que cursan embarazos de mediano y alto riesgo consulten con una médica ginecóloga o, incluso, se sigan controlando con la especialista en este nivel. Estas menciones dan cuenta de que la formación de los profesionales intervinientes en la red es diversa.

En Ituzaingó se destaca una propuesta más estructurada, asociada a la ausencia de hospital en el distrito: un consultorio de mediano y alto riesgo, dispuesto en el centro del primer nivel más grande y con mayor número prestaciones (*el Hospitalito*), donde un médico ginecólogo sólo atiende a usuarias derivadas por las profesionales obstétricas del primer nivel.

Estas situaciones dan cuenta de la particular organización de la red a nivel local. Especialmente, muestran la interdependencia los actores participantes (Klijn, 1998; Fleury, 2002), como también la influencia del territorio y su

población en la definición de tareas de los distintos niveles de atención (Vilaça Mendes, 2013). Por ejemplo, la ausencia de un establecimiento del segundo o tercer nivel en Ituzaingó promovió que el primer nivel asuma nuevas tareas y asigne horas a un profesional para el seguimiento del alto riesgo. Por otro lado, las características de la población y las barreras del territorio obligan al primer nivel (y sus profesionales) a trabajar por fuera de lo pautado y resolver creativamente las necesidades de las usuarias. Por acciones *creativas*¹² se refiere a actividades novedosas y originales, que permiten dar respuesta a situaciones inesperadas.

El trabajo de campo ha dejado entrever que muchos profesionales del primer nivel asignan importancia a la facilitación y realización de controles puerperales en los CAPS. Estos controles permiten un seguimiento de la salud de la mujer, el asesoramiento en temas de vacunación (como también la facilitación de su aplicación), la promoción de la lactancia y la planificación familiar (mediante la asesoría y entrega de los métodos anticonceptivos disponibles), particularmente en el caso de las usuarias que han tenido un parto vaginal (aquellas que tuvieron una cesárea son citadas en el hospital para control). Este trabajo supone esfuerzos y (nuevamente) creatividad por parte de los profesionales en la planificación de estrategias, ya que es costoso que las mujeres vuelvan después del parto. En varias entrevistas se mencionó la dificultad que significa para las mujeres acercarse al CAPS luego del parto, por lo complicado de conseguir turnos, el cansancio, los requerimientos del recién nacido y las tareas domésticas:

[...] les empecé a decir que los días que iba yo se acercaran tipo 12, tampoco a la mañana temprano, sin turno, y ahí sí pude tener más recepción de las puérperas. Yo digo: 'Bueno, sí, vení a sacar un turno', a las 8 de la mañana, por ahí esa noche no durmieron, están agotadas, tuvieron que ir a vacunar al bebé, hacer el control del bebé, qué sé yo, y dicen: 'Bueno, yo me siento bien, listo, prefiero dormir' [...] o a veces digo: 'bueno, vení a mostrarme el bebé', entonces a veces se acercan más para mostrarte el bebé.¹³

A continuación, se presentan los hospitales y maternidades que conforman el segundo y tercer nivel de complejidad de la red perinatal estudiada. Este esfuerzo (junto a la referencia a la categorización y acreditación de los establecimientos presentada luego) completa la caracterización de la estructura de la red, de acuerdo a la propuesta del cuadro 4.

La categorización y acreditación de los servicios de obstetricia y neonatología (que tuvo lugar durante los primeros años del proceso de *regionalización de la atención perinatal*), permitió asignarle un nivel de complejidad y, consecuentemente, un lugar en la red estudiada a cada uno de los establecimientos involucrados. Esta categorización no se realizó en el primer nivel de atención, sino en establecimientos hospitalarios de segundo y tercer nivel con capacidad para realizar partos. Asimismo, no definió un nivel de complejidad para el establecimiento, ni involucró a todos los servicios intervinientes en la red, sino que se efectuó sobre los Servicios de Obstetricia y Neonatología separadamente (Fariña, 2018).¹⁴

Cuadro 4. Establecimientos hospitalarios de la red perinatal de la Región Sanitaria VII (sólo conurbano) según municipio de localización, dependencia y nivel de complejidad

Establecimiento	Municipio donde se localiza	Dependencia	Nivel de complejidad
Hospital Municipal San Bernardino de Siena	Hurlingham	Municipal	II
Hospital Materno Infantil Pontevedra	Merlo	Municipal	II
Hospital Materno Infantil Dr. P. Chutro	Merlo	Municipal	II
Maternidad Estela de Carlotto	Moreno	Provincial	II
Hospital Zonal General de Agudos Dr. R. Carrillo	Tres de Febrero	Provincial	IIIA
Hospital Zonal General de Agudos Héroes de Malvinas	Merlo	Provincial	IIIB
Hospital Descentralizado Zonal General Mariano y Luciano de la Vega	Moreno	Provincial	IIIB
Hospital Dr. Antonio Posadas	Morón	Nacional	IIIB
Hospital Municipal Ostaciana B. de Lavignolle	Morón	Municipal	IIIB
Hospital Zonal General de Agudos Dr. C.A.Bocalandro	Tres de Febrero	Provincial	IIIB

Fuente: Elaboración propia sobre la base de documentación (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires- Programa de apoyo a la inversión en los sectores sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2016; Maternidad Estela de Carlotto, 2017).

Este trabajo de categorización y acreditación no dejó (como podría suponerse) un camino llano para el trabajo en red, sino que se han presentado tensiones y confusiones. Algunos interlocutores indican que las categorías que han obtenido los servicios no se corresponden con la práctica, ya que la mayoría trabaja por debajo de la complejidad asignada. También, en las entrevistas se señala la importancia que asignaban los servicios a la posibilidad de obtener una categorización alta, para cobrar prestaciones complejas a través del Plan Nacer y por los beneficios de la coparticipación, y el desprestigio que (en ocasiones) se asigna a los niveles I y II por desconocimiento de la importancia de su rol. La coparticipación régimen salud refiere a un monto de dinero que reciben los municipios de acuerdo a la producción de los establecimientos sanitarios públicos municipales.¹⁵

[En] la zona VII, como Hospital IIIB está el de Merlo, el de Moreno y nosotros. Eso está en los papeles, pero lo real es que el único hospital nivel IIIB somos nosotros. Entonces, Merlo no tiene Cirugía Infantil. [...] El Héroes de Malvinas. Moreno tampoco, entonces figura IIIB pero es un II, un IIA, un IIB ponele.¹⁶

Los conflictos ocasionados por la falta de definición de roles y un objetivo común (que trae aparejada la dificultad para identificar la contribución de cada institución a la red) no pudieron saldarse a través del esfuerzo de categorización del Ministerio de Salud de la Nación, aunque este sí definió roles formales y el *deber ser* de cada establecimiento. Además, el esfuerzo de *regionalización de la atención* perinatal motivó a delimitar niveles complejidad y procuró que las relaciones entre éstos no fueran entendidas jerárquicamente (en sus guías lo mencionó explícitamente y también financió y apoyó a algunas experiencias, como fue el caso de la Maternidad Estela de Carlotto, de nivel II y central en el funcionamiento del corredor del municipio de Moreno), aunque estos esfuerzos tampoco se tradujeron en resultados inmediatos en términos de prácticas. Estas situaciones, al pensar las RIG, dan cuenta de la autonomía relativa del nivel provincial y municipal (y, particularmente, de sus hospitales) respecto del nivel nacional, con el que no mantienen relaciones jerárquicas, pero tampoco independientes. Los niveles provincial y municipal adscriben a los lineamientos nacionales e incluso algunos de sus funcionarios participaron de la categorización, pero en el trabajo cotidiano al nivel de los servicios se dan relaciones, prácticas e interacciones que responden a otras lógicas y ordenamientos (producto de la gran demanda sobre los hospitales y la crisis de recursos humanos en el sector) (Chiara, 2018).

Esta situación ha redundado, a la hora de tratar de reconstruir el mapa de la red perinatal estudiada a partir de los relatos de los entrevistados, en una gran dificultad para identificar los niveles de complejidad de los servicios de neonatología y obstetricia de los establecimientos participantes. Con excepción de algunos hospitales -como la Maternidad Estela de Carlotto y el Hospital Posadas, cuyo nivel de complejidad es una de las características que distingue a la institución-, la mayoría de los interlocutores no han coincidido en el nivel de complejidad que le han asignado a los Servicios que forman parte de la red. Incluso algunos profesionales desconocen el nivel del servicio donde se desempeñan.

Siguiendo a Rovere (1999), estas situaciones denotan un bajo nivel de construcción de la red regional. El autor menciona que, en la construcción de una red, existen cinco niveles y que cada uno de estos sirve de apoyo al otro: reconocimiento (refiere a la aceptación del otro), conocimiento (la necesidad de saber quién es), colaboración (remite al trabajo espontáneo y no organizado), cooperación (distinción de problemas comunes y planificación de acciones conjuntas) y asociación (existencia de contratos y acuerdos). En los relatos de las personas entrevistadas se distinguen debilidades en el nivel de conocimiento de los actores que conforman la red, ya que confunden las características de los principales servicios involucrados (probablemente como consecuencia de la actuación en la práctica de cada servicio), y mencionan un lugar subordinado al primer y segundo nivel de atención. A su vez, puede ponerse en cuestión la correcta actuación de la red según niveles de complejidad creciente, ya que se desconocen características y,

consecuentemente, las tareas que debería cumplir cada uno. Esta situación, además, da cuenta de cierto desconocimiento de las interdependencias que unen a los actores participantes (Klijn, 1998; Fleury, 2002) en vistas de garantizar continuidad en la atención a las usuarias. Si es posible identificar lazos más fuertes y estructurados según nivel de complejidad en algunos corredores (Moreno y Morón) y entre algunas de sus instituciones, donde lo jurisdiccional y el conocimiento personal juegan un rol clave.

Interesa destacar que en todos los hospitales y maternidades pertenecientes a la red donde se entrevistó profesionales (con excepción de la Maternidad Estela de Carlotto, que fue creada sin consultorios para el control prenatal), se realizan controles de embarazos de bajo riesgo, independientemente de su nivel de complejidad. Algunos interlocutores han destacado la dificultad de operar con niveles de complejidad cuando la demanda es alta y supera la capacidad del sistema y, también, han asociado esta circunstancia a la inexistente relación entre los niveles provincial y municipal.

Asimismo, esta situación ha sido explicada por algunos interlocutores como una elección de la población que, por ejemplo, a la hora de los controles prenatales prefiere atenderse en hospitales por costumbre, porque considera que la atención es mejor o para guardarse plaza para el parto.

Este carácter *de segunda* que se les asigna a los primeros niveles de la red también ha sido denunciado entre los profesionales. Incluso, una funcionaria consultada mencionó que discutía reiteradamente con los profesionales de una maternidad nivel II porque les costaba derivar y querían hacer ellos mismos procedimientos complejos para los que el establecimiento no está preparado: “El médico siempre quiere hacer más, demostrar su habilidad en termino de complejidades, no quiere poner un DIU por guardia, quiere hacer una enterectomía total, porque eso para nosotros es prestigio”.¹⁷

El protagonismo de la gestión local: las experiencias de Moreno y Morón

En relación a la dimensión organizacional, a lo largo del trabajo de campo se han identificado dos iniciativas locales salientes en términos de corredores perinatales. Primero, se destaca la experiencia del corredor sanitario de Moreno, armado para la atención perinatal. Está compuesto por los CAPS (de dependencia municipal), por la Maternidad Estela de Carlotto (provincial), el Hospital provincial Mariano y Luciano de la Vega (HMLV) y el Hospital Nacional Posadas.

El recorrido, definido institucionalmente a través de normativas y protocolos, propone que hasta las 35 semanas las mujeres que transiten un embarazo de bajo riesgo sean atendidas en los CAPS (por donde ingresan a la red) y asistan a la Maternidad Estela de Carlotto y al HMLV para realizar estudios complementarios. Luego, son derivadas al *consultorio de tamizaje* de la Maternidad Estela de Carlotto, donde se realizan los últimos estudios y

ecografías, y se define si tienen criterio para parir allí. Aquellas personas que cumplen con los criterios, continúan el seguimiento de su embarazo en la Maternidad o en el CAPS (según su preferencia) hasta el momento del parto. Quienes no cumplen con los criterios son, si se trata de un embarazo de bajo riesgo, contra-referenciadas al CAPS para seguir sus controles (y al momento del parto deben acercarse al HMLV) o derivadas al HMLV o al Hospital Posadas (de acuerdo a la complejidad del caso). Por otra parte, esas mujeres a quienes se les detecta un embarazo *de riesgo* en los controles prenatales en el primer nivel, son derivadas al HMLV, donde continúan el seguimiento hasta el parto. La mujer puede ser derivada al Hospital Posadas para ser atendida con una mayor complejidad, si su caso lo determina (Maternidad Estela de Carlotto, 2017). Las articulaciones/derivaciones al interior del corredor no precisan *negociarse* sino que están formalizadas y han sido incorporadas por sus miembros. Una jefa de Servicio destacó que los establecimientos no deberían esperar confirmación frente a una derivación a otro establecimiento de la red, ya que el corredor está armado de ese modo y sólo lo hacen por cordialidad.¹⁸

Dos estrategias planificadas y sostenidas desde la gestión municipal, pero desarrolladas en el HMLV (de dependencia provincial), son desarrolladas para facilitar las trayectorias de las mujeres embarazadas que llegan allí por controles o estudios: 1) la Oficina de Gestión al Usuario, a donde se dirigen al ingresar al hospital (allí las recibe una trabajadora administrativa municipal encargada de guiar sus recorridos: las acompaña a los consultorios y les otorga turnos); 2) el Consultorio de Orientación, encargado de recibir las embarazadas de alto riesgo derivadas desde el primer nivel, que es atendido por dos obstétricas que controlan a la mujer y la referencian a las especialidades que su caso requiere. La intención de este dispositivo es agilizar la derivación y evitar que las mujeres aguarden largas esperas hasta ser atendidas por un especialista.

En la experiencia de este corredor, se destaca la contrarreferencia formal de pacientes de bajo riesgo desde el Hospital Posadas a la Maternidad Estela de Carlotto (e incluso los trabajadores de ambas instituciones mencionan que sus servicios funcionan como una *unidad*). Sobresale la situación ya que no se han mencionado contrarreferencias formales en otros corredores de la región estudiada, aunque sí *trueques*¹⁹ informales de pacientes. Diversos entrevistados han mencionado estos *trueques*, entendidos como intercambios de pacientes (es decir, un profesional o establecimiento deriva un usuario y, como contraparte, recibe otro usuario), que no refieren a acciones formales o preestablecidas, ni están vinculadas a la presencia de un corredor, sino que son pactadas entre trabajadores cuando se precisa (caso por caso). Además, en varias entrevistas realizadas se mencionó la dificultad de la contrarreferencia de usuarias/os.

La Maternidad Estela de Carlotto abría sus puertas para todos nuestros bebés que estaban ya en la etapa de recuperación nutricional. O sea, todo ese chico que ya salía de la Intensiva [...] pasaban a la Maternidad Estela de Carlotto, con

todo el seguimiento que necesitan. Porque también es una Maternidad que trabaja muy bien. Entonces ellos articulaban la forma de dar altas precoces, entonces era nuestro desagote.²⁰

Estas situaciones permiten reflexionar acerca del tipo de vínculo que mantienen los actores al interior de la red y sus modalidades de articulación, estrechamente vinculados a la presencia de normas, guías y mecanismos de referencia y contrarreferencia establecidos (ya que cuando no existen orientaciones formales, estas dependen de la buena voluntad de las profesionales).

Una fuerte impronta municipal y el rol protagónico de la Maternidad Estela de Carlotto son características del corredor de Moreno. Ambas se explican (en gran parte) debido al proceso de planificación y puesta en marcha de la maternidad. Este proyecto surge de una iniciativa municipal, que incluía la idea de corredor y buscaba dar respuesta a los alarmantes indicadores de mortalidad materna de la jurisdicción y al *desborde* de la maternidad del HMLV (que obligaba a muchas morenenses a deambular por otros hospitales de la zona al momento del parto).²¹ Un equipo municipal *peleó* el proyecto que, al momento de su concreción, se caracterizó por la multiplicidad de jurisdicciones intervinientes: el terreno de la maternidad fue un aporte municipal, la construcción y equipamiento se realizó con financiamiento nacional y su dependencia es provincial. Así, muchas de las personas que coordinaron su puesta en marcha, organizaron el trabajo en el establecimiento y ocuparon/ocupan cargos son antiguos empleados municipales.²² Además, se privilegió la contratación de personal de la zona donde se ubica el establecimiento. Esta *cruzada inicial* explica la fuerte impronta municipal y de la maternidad en el corredor.

Específicamente, en relación al armado del corredor y sus procesos, los entrevistados han mencionado la invitación y participación de todos los actores involucrados en la red, y explican que es una de las razones por la cual la red *funcionó*. Estas reuniones no estuvieron libres de tensiones y se destacó un protagonismo central de la Maternidad Estela de Carlotto, importante participación del Hospital Posadas y menor involucramiento del HMLV.

Entre las debilidades vinculadas a la organización de este corredor, uno de los interlocutores indicó que la propuesta tenía un sesgo, ya que estaba centrado en la Maternidad Estela de Carlotto y carecía de una mirada más global, lo que generó tensiones con la Región Sanitaria (que no pudo reconocer los avances que supuso la iniciativa).²³

Además, en las entrevistas se mencionó que desde el 2015 el corredor se encuentra *un poquito desarmado*, como consecuencia del cambio de gestión nacional y provincial, y que los actores mantienen contacto desde lo informal pero que ya no hay reuniones periódicas.

Esta experiencia habilita la reflexión sobre las relaciones entre los distintos niveles de gobierno y abona a la propuesta sobre la autonomía superpuesta de los mismos. El enfoque de RIG permite dar cuenta del protagonismo del nivel local, aunque reconoce la interdependencia entre niveles: el corredor

nace como resultado de los esfuerzos del municipio y las interacciones de sus funcionarios, aunque para consolidarse precisa de la intervención de los otros dos niveles de gobierno (Wright, 1997; Gutiérrez & Alonso, 2016).

Respecto del caso de Morón, su corredor sanitario perinatal está conformado por las 13 CAPS municipales, el Hospital municipal Lavignolle y el Hospital Nacional Posadas. El Hospital Posadas, si bien su área de influencia es nacional, se localiza en Morón, lo cual ubica a todos los establecimientos en el mismo territorio municipal.

En Morón también el camino institucional inicia en los CAPS, donde se detecta el riesgo obstétrico y se hacen controles prenatales para mujeres que cursan embarazos de bajo riesgo; quienes requieren ser controladas con una mayor complejidad, son derivadas al Hospital Lavignolle (con una hoja de referencia y contrarreferencia). Además, este establecimiento es el lugar donde se deriva a las usuarias para realizar estudios complementarios y al momento del parto (está estipulado el número de semanas de embarazo en que debe realizarse la derivación). Si el caso lo requiere (para controles o el parto), la mujer puede ser derivada al Hospital Posadas en busca de una mayor complejidad, aunque los entrevistados indican algunas dificultades en los intercambios.

[...] creo que para lo perinatal la articulación entre efectores municipales era satisfactoria. Me parece que era mucho más compleja con otros efectores. El caso que más recuerdo es el del Posadas, la cuestión de que si estás atendiendo algo, una vez que te llegó al efector, esta cosa de poder orientarlo en caso de que sea un embarazo de alto riesgo, tal vez al Posadas, y que el Posadas derive el bajo riesgo a Morón, esas cuestiones que más tienen que ver con armar una estructura de red fueron muy complicadas.²⁴

Los interlocutores relatan un importante esfuerzo y creatividad municipal para dinamizar y facilitar el camino de las embarazadas en el distrito, al menos hasta 2015 (ya que luego estas iniciativas no siguieron funcionando). En primer lugar, se destacó que las obstétricas que trabajaban en los CAPS también se desempeñaban en la guardia del Hospital Lavignolle, lo cual facilitaba la referencia y contrarreferencia entre ambos niveles. Además, se mencionó el rol del Programa Materno Infantil Municipal y, particularmente, de su coordinadora, que organizaba la red de obstétricas municipal, la atención de embarazadas y *se ocupaba de todo*. También, se indicaron dos estrategias para facilitar el acceso de las personas gestantes a la atención: por un lado, un *corredor verde para las embarazadas* que consistía en eliminar las colas y esperas, y facilitar los turnos de las embarazadas (a través de una ventanilla exclusiva); por otro lado, se entregaba una credencial a las mujeres que cursaban un embarazo de alto riesgo y eran derivadas al hospital municipal para que no pagaran el boleto en dos líneas de colectivos municipales y, asimismo, fueran identificadas por personal administrativo (para priorizar su atención).

La visibilidad que adquiere el corredor de Morón y sus iniciativas no pueden entenderse sin considerar el trabajo de la gestión de la fuerza política

Nuevo Encuentro entre 1999 y 2015 y, particularmente, de quienes se desempeñaron en la secretaria de salud y en la dirección del hospital, que entre sus líneas de trabajo priorizaron la garantía de los derechos de las mujeres. En las entrevistas se destacó la definición de protocolos, el desarrollo de intervenciones específicas para el área materno-infantil y la *batalla* librada en el hospital (que incluyó la contratación de *doulas*, la inauguración de unidades de trabajo de parto, parto y recuperación, entre otros esfuerzos).

En ambos corredores se identifica que los participantes de la red comparten recursos y actividades e, incluso, un objetivo común (Klijn, 1998; Fleury, 2002; Hintze, 2009). Además, se destaca la organización formal del corredor, la presencia de tres niveles de complejidad e interdependencias reconocidas por los participantes, la existencia de guías/ normas, la intervención en su planificación y gestión de todos los actores intervinientes (particularmente en el caso de Moreno) y el protagonismo del nivel municipal. Las características mencionadas dan cuenta de un alto nivel de construcción de estas redes locales (Rovere, 1999) y favorecen la integración de los establecimientos como la consolidación del trabajo en red. Asimismo, ejercen una influencia positiva sobre los condicionantes estructurales del sistema sanitario del conurbano (segmentación y fragmentación).

En Moreno, las unidades sanitarias y el *equipo fundador* de la Maternidad Estela de Carlotto (que dio inicio al corredor) responden a la gestión municipal y, así, sus ideas acerca del modelo de gestión en red son compartidos y las actividades son coordinadas. Además, el modo en que se gestó la maternidad y, en especial, su propuesta trabajo, invitó a participar del proceso a todos los actores intervinientes en el corredor. En consecuencia, por ejemplo, el Hospital Posadas y sus trabajadores también se han apropiado de la experiencia. Estas situaciones, además de la alta protocolarización del corredor, han facilitado la referencia y contrarreferencia entre los establecimientos que participan de la red. En el caso de Morón, la dependencia municipal, las unidades sanitarias y el hospital de la jurisdicción (e, incluso, que algunos profesionales se desempeñen en ambos niveles) facilitó las directrices compartidas, el trabajo fluido y la consolidación de la experiencia.

Entre las debilidades en la organización de ambos corredores, se distingue que (luego del 2015) el trabajo en atención perinatal perdió fuerza como consecuencia del cambio de gestión nacional, provincial y municipal; esto obliga a pensar la sostenibilidad de las redes frente a los avatares de la política (sobre todo porque estos esfuerzos dan cuenta de un lugar preponderante lugar de *lo político*). Además, se destaca el déficit de integración del HMLV, en el caso del corredor de Moreno, y del Hospital Posadas, en el caso de Morón; y la falta de articulación de ambas experiencias con la Región Sanitaria.

Reflexiones finales

En relación a la estructura y organización de la red, se destaca su carácter estatal y la presencia de tres niveles de atención, que asumen características novedosas frente a las necesidades que aparecen en la práctica. En el primer nivel de la red estudiada, la *adaptación* a las necesidades de la práctica depende notablemente de los esfuerzos y la creatividad de las/os profesionales (se observa que en los CAPS varían las especialidades a cargo de los controles prenatales y, también, la oferta y acceso a controles puerperales). Respecto al segundo y tercer nivel, el proceso de categorización y acreditación de establecimientos (en el marco de la *regionalización de la atención perinatal*) tuvo un rol importante: asignó un nivel y tareas a cada uno de ellos pero, aun así, no saldó los conflictos que se dan en el trabajo cotidiano (se evidencia que los actores intervinientes, muchas veces, desconocen el nivel otros establecimientos involucrados e, incluso, del servicio en donde trabajan; asimismo, se indicaron dificultades en la contrarreferencia de usuarias). Consecuentemente, es posible indicar un bajo nivel de construcción de la red, cierto desconocimiento de las interdependencias que unen a los participantes y puede cuestionarse su correcta actuación según niveles de complejidad creciente.

En relación a la organización de la red en el nivel local, sobresalen las experiencias de los corredores de Moreno y Morón. Se destaca su organización formal, la presencia de tres niveles de complejidad e interdependencias reconocidas por los participantes, la existencia de guías / protocolos (con una *bajada local*), la intervención en su planificación y gestión de todos los actores intervinientes y el protagonismo del nivel municipal. Además, los participantes de la red comparten recursos, actividades y objetivos. Las mencionadas características dan cuenta de un alto nivel de construcción de estas redes locales y favorecen la integración de los establecimientos, la coordinación de acciones y la consolidación del trabajo en red. Entre las debilidades, en ambos casos, se destaca el déficit de integración de algunos establecimientos hospitalarios y la falta de articulación con la Región Sanitaria. También, se distingue que los esfuerzos en atención perinatal han perdido fuerza como consecuencia de los cambios de gestión (después del año 2015), lo que obliga a pensar la sostenibilidad de las redes frente a los avatares de la política.

El enfoque de RIG permitió analizar las relaciones entre los distintos niveles gubernamentales. Las experiencias descriptas evidencian relaciones no jerárquicas (pero tampoco independientes) entre niveles de gobierno y la importancia de atender al nivel local. Primeramente, la iniciativa de categorización y acreditación da cuenta de la participación y acatamiento de los niveles provincial y municipal (y de sus hospitales) a los lineamientos nacionales, y las entrevistas muestran que en los intercambios cotidianos se trabaja de acuerdo a lógicas y ordenamientos que no responden necesariamente a estos. Luego, la experiencia de Moreno no solo abona a la propuesta sobre la autonomía superpuesta entre los distintos niveles de

gobierno, sino que reconoce el protagonismo del nivel local: el corredor nace como resultado de los esfuerzos del municipio y sus funcionarios, aunque para consolidarse precisa de la intervención de los niveles nacional y provincial.

Referencias

Abramovich, V. & Pautassi, L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Revista Salud colectiva*, 4(3), 261-282. ISSN 1851-8265.

Abramzón, M. C. (2006). Recursos humanos en salud en Argentina. Desafío pendiente. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 52-62. ISSN: 1853-1180.

Acuña, C. H. & Chudnovsky, M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. Recuperado de: <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

Ariovich, A. & Crojethovic, M. (2015). Las redes: un modelo organizativo para contrarrestar la fragmentación institucional del sistema de salud en la Argentina. *Revista Gestión de las Personas y Tecnología*, 8(24), 38-50. ISSN: 0718-5693.

Blanco, J. (2009). *Redes y territorios: articulaciones y tensiones*. Actas del XII Encuentro de Geógrafos de América Latina-EGAL. Montevideo, Uruguay.

Brugué, Q.; Gomá, R. & Subirats, J. (2002). Conclusiones. En J. Subirats (coord.), *Territorio y Gobierno. Nuevas respuestas locales a los retos de la globalización* (pp. 405-415). Barcelona, España: Diputació de Barcelona.

Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, (13)38, 145-183. ISSN: 1850-6933.

Chiara, M. (2018). *La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011*. Los Polvorines, Argentina: Ediciones de la Universidad Nacional de General Sarmiento.

Chiara, M., Di Virgilio, M. M., & Moro, J. (2009). Inequidad (es) en la atención de la salud en el gran Buenos Aires: Una mirada desde la gestión local. *Postdata*, 14(1), 97-128. ISSN: 1151209X.

D'ávila Viana, A.; Bousquat, A.; Chancharulo de M. Pereira, A.; Teruya Uchimura, L.; Vercesi de Albuquerque, M.; Dos Santos Mota, P.; Piva Demarzo, M. & Ferreira, M. (2015). Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde e Sociedade*, 24(2), 413-422. ISSN 1984-0470.

Dematteis, G. & Governa, F. (2005). Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del modelo SLOT. *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 39, 31-58. ISSN: 2605-3322.

Dirección de Información en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (DIS-MSP). (2015). *Partos, cesáreas y su relación porcentual según dependencia por Región Sanitaria y establecimiento*. Recuperado de: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infoensalud/estadistica/recursos-y-servicios-de-salud/>

Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (DIS-MSP). (2010). *Total de Partos, Cesáreas y su Relación Porcentual en Establecimientos Provinciales, Municipales y Nacionales Provincia de Buenos Aires - Año 2010*. Recuperado de: <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/index.php/sociedad/salud/rendimientos>

Dos Santos, A. (2013). *Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde*. (Tesis Doctoral). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.

Fariña, D. (2018). Regionalización de la Atención Perinatal: desarrollo y propuesta. En Ministerio de Salud de La Nación, *Regionalización de la Atención Perinatal en la Argentina. Barreras, experiencias y avances en el proceso de Regionalización Perinatal* (pp. 32-37). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Fleury, S. (2002). El desafío de la gestión de las redes de políticas. *Revista Instituciones y Desarrollo*, 17, 221-247. ISSN: 1560-5264.

Fonseca, C. (2007). Apresentação. De família, reprodução e parentesco: algumas considerações. *Cadernos Pagu*, 29, 9-35. ISSN: 0104-8333.

Gobierno de Morón. *Centros de Salud*. Recuperado de: <http://www.moron.gob.ar/nuestra-gestion/salud/centros-de-salud-y-vacunatorio/>

González García, G. (2001). Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 9(6), 406-412. ISSN: 1680-5348.

Gutiérrez, R. & Alonso, G. (2016). La articulación de las políticas públicas desde la perspectiva de los municipios metropolitanos. En G. Alonso, R. Gutiérrez, G. Merlinsky & P. Besana (comp), *El gobierno municipal frente al desafío de la articulación* (pp. 23-51). San Martín, Argentina: UNSAM Edita.

Hintze, J. (2009). Modelos organizativos para la gestión social y sus lógicas. En M. Chiara & M. Di Virgilio (comp.), *Gestión de Política Social. Conceptos y Herramientas* (pp. 87-118). Buenos Aires, Argentina: Prometeo-UNGS.

Klijn, E. H. (1998). Redes de políticas públicas: una visión general. *Managing Complex Networks*, 18. Recuperado de: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/Complex.pdf>

Leatt, P. ; Pink, G. H. & Naylor, C. D. (1996). Integrated delivery systems: has their time come in Canada?. *Canadian Medical Association Journal*, 154, 803-809. ISSN: 1488-2329.

López Puig, P. ; Alonso Carbonell, L.; García Milian, A. J.; Serrano Patten, A. C. & Ramírez León, L. B. (2011). Metodología para la caracterización de una red de servicios de salud y su aplicación en el contexto ecuatoriano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(2), 122-130. ISSN: 1561-3127.

Maceira, D. (2012). *Antiguos y Nuevos Desafíos para la Seguridad Social en Salud Argentina*. CEDES. Recuperado de: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-Desafios-SegSocSalArg-Dic2012.pdf>

Maceira, D. & Palacios, A. (2012). *Estructura, Gestión y Desempeño de Cabeceras de Red Hospitalarias Perinatales*. CEDES. Recuperado de: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/MaceiraPalacios-WB-RedesPerinatales-final-22oct2012.pdf>

Maceira, D.; Olaviaga, S.; Kremer, P. & Cejas, C. (2006). *Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: CEDES.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) (2018). *Mapa Interactivo*. Recuperado de: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/mapa#>

Maternidad Estela de Carlotto. (2017). *Trabajar en la Maternidad Estela de Carlotto. Guía para la organización y el funcionamiento institucional*. Documento interno de trabajo.

Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes*. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Resolución 641/2012. Directriz de organización y funcionamiento de los servicios de cuidados neonatales*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (2014). *Resolución 495/2014. Caracterización de los servicios según nivel de resolución (complemento de la Res. 348/2003)*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MS-PBA). (Sin año). *Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2012). *Guía de establecimientos asistenciales*. Recuperado de: <https://www.mpba.gov.ar/files/content/guia-establecimientosvfamiliar.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Programa de apoyo a la inversión en los sectores sociales de la Provincia de Buenos Aires. (2016). *Fortalecimiento y desarrollo de la red perinatal de salud de la provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2018). *Coparticipación*. Recuperado de: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infoensalud/13-2/coparticipacion/>

Municipalidad de Ituzaingó. (2014). *Continúa la campaña de vacunación contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis*. Recuperado de: <https://www.facebook.com/prensa.ituzaingo/posts/612975212144910/>

Municipio de Tres de Febrero. (2018). *Centros de Salud*. Recuperado de: <https://www.tresdefebrero.gov.ar/salud-publica/centros-de-salud/>

Municipio de Merlo. (s/f) *Hospitales*. Recuperado de: <http://www.merlo.gob.ar/hospitales/>

Municipio de Moreno. (2018). *Unidades Sanitarias*. Recuperado de: <http://www.moreno.gob.ar/unidades-sanitarias/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Resolución WHA 58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (OMS) – Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005). *Declaración de Montevideo*. Montevideo, Uruguay.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington D.C., Estados Unidos.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). (2011). *Regionalización de la atención perinatal. Documentos*. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000176cnt-n02-regionalizacion.pdf>

Rovere, M. (1999). *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario-Argentina: Secretaria de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Saltman, R. B. & Figueras, J. (1997). *European health care reforms: analysis of current strategies*. Copenhagen- Dinamarca: WHO, Regional Office for Europe.

Schwarcz, A. (2011). Regionalización de la Atención Perinatal. En OPS-MSAL *Regionalización de la Atención Perinatal. Documentos*. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000176cnt-n02-regionalizacion.pdf>

Schwarcz, R.; Uranga, A.; Lomuto, C.; Martínez, I.; Gallimberti, D.; García, O.; Etcheverry, M. & Queiruga, M. (2001). *El Cuidado Prenatal. Guía para la práctica del cuidado preconcepcional y del control prenatal*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.

Shortell, S. M.; Gillies, R. R.; Anderson, D. A.; Mitchell, J. B. & Morgan, K. L. (1993). Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. *Journal of Healthcare Management*, 38, 447-466. ISSN: 1944-7396.

Speranza, A. M. & Kurlat, I. (2011). Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Rev. Argentina de Salud Pública*, 2(7), 40-42. ISSN: 1852-8724.

UNICEF – Ministerio de Salud de la Nación. (2010). *Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia*. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

Vázquez Navarrete, L. & Vargas Lorenzo, I. (2006). Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? *Revista Ciencias de la Salud*, 4(1), 5-9. ISSN: 1692-7273.

Vilaca Mendes, E. (2013). *Las redes de atención de salud*. Brasilia, Brasil: Organización Panamericana de la Salud.

Wright, D. (1997). *Para entender las relaciones intergubernamentales*. México, México: FCE, Nuevas Lecturas de Política y Gobierno.

Notas

¹ La denominación *conurbano bonaerense* refiere a los 24 partidos que rodean la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

² Los datos provienen de la Encuesta Permanente de Hogares del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y corresponden al 4° trimestre de 2014.

³ En Argentina, la oferta de servicios de salud fragmentada y diversa, como las dificultades para organizar una red de servicios, se originan en el proceso de descentralización del sector salud. Esta estrategia, que acompañó la reforma democrática, se caracterizó por una transferencia de funciones de *arriba hacia abajo*, en vistas de garantizar la eficiencia y disminuir las presiones fiscales del nivel nacional, que no estuvo acompañada de una transferencia de recursos. En la provincia de Buenos Aires, la descentralización operó fuertemente sobre los municipios, que debieron de nuevas responsabilidades, en muchas ocasiones no establecidas formalmente. A esta situación se agregó la ausencia de una definición respecto de los niveles a ser cubiertos por cada unidad territorial (Chiara, Di Virgilio y Moro, 2009).

⁴ Gonzales García (2011) distingue tres niveles de gestión en el sector de la salud: la *macrogestión* refiere a la intervención del Estado para revertir fallas del mercado y mejorar el bienestar social;

la *mesogestión* involucra a los servicios de salud (centros de primer nivel de atención, hospitales, aseguradoras, etc.), que asumen objetivos y trabajan para que las personas los alcancen; y en la *microgestión* son los profesionales y otros trabajadores de la salud quienes ocupan un lugar central.

⁵ Esta idea fue propuesta en un documento interno de trabajo del Proyecto PICT 0693/ 2014, elaborado en 2016.

⁶ Las pautas para definir el nivel de riesgo de las embarazadas, como la necesidad de su derivación al nivel correspondiente, se encuentran mencionadas y desarrolladas en diversas guías nacionales y provinciales (MS-PBA, s/a; MSAL, 2013).

⁷ Este trabajo se inserta en un Proyecto más amplio (PICT 0693/2014) y en mi investigación de maestría y doctoral.

⁸ En 2010, el porcentaje de nacimientos de la Región Sanitaria VII sobre total provincial corresponde al 15% y sobre el conurbano al 22% -este porcentaje excluye a los partidos de la Región Sanitaria que no pertenecen al conurbano-. Las cifras corresponden al sector estatal y son una elaboración propia, a partir de los datos de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud provincial (DIS-MSP, 2010).

⁹ Los entrevistados destacaron la importancia de que el subsector privado y el de las obras sociales notifiquen los casos de muertes maternas e infantiles, y participen en los Comités de Mortalidad.

¹⁰ Los CIC constituyen un modelo de gestión pública que implica, en un ámbito físico común y de escala municipal, la integración de políticas de desarrollo social y atención primaria de salud. Allí la población puede acceder a atención médica, como también participar de actividades formativas, recreativas y deportivas (Mapa Interactivo, MSDS, 2018).

¹¹ Los controles prenatales refieren al conjunto de entrevistas programadas de la usuaria embarazada con integrantes del equipo de salud, con el fin de observar y atender a la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el cuidado del recién nacido. La cartera sanitaria nacional, según con recomendaciones internacionales, estableció como norma al menos 5 controles (Schwarcz *et al.*, 2001).

¹² La noción de *acción creativa* es un concepto emergente que surge del proceso interpretativo de los datos.

¹³ Entrevista a profesional del área de obstetricia de hospital municipal y de CAPS, 15/03/2018.

¹⁴ La categorización de los servicios en tres niveles fue definida por resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación (en el caso de la neonatología por la Res. 641/2012 y de las maternidades por la Res.348/2003 y su complemento 495/2014).

¹⁵ Entre las variables que inciden en el cálculo se consideran: consultas, egresos, pacientes día, cantidad de establecimientos sin internación, promedio de camas disponibles, porcentaje ocupacional y nivel de complejidad del municipio (MS-PBA, 13/11/2018).

¹⁶ Entrevista a profesional del servicio de neonatología de hospital nacional, 17/11/2017.

¹⁷ Entrevista a directora de maternidad provincial, 15/07/2017.

¹⁸ Entrevista a profesional del servicio de obstetricia de maternidad provincial, 07/11/2017.

¹⁹ La noción de trueque es una "categoría nativa" (Fonseca, 2007:16) y no, por el contrario, un término analítico. Remite a una noción históricamente situada, que considera los significados asignados por los interlocutores consultados.

²⁰ Entrevista a profesional del servicio de neonatología de hospital nacional durante todo el período bajo estudio, 17/11/2017.

²¹ De acuerdo con las personas entrevistadas, la primera propuesta de una maternidad en el distrito data de 1998, aunque recién en 2013/2014 se puso en marcha el proyecto.

²² Luego del cambio de gestión provincial de 2015, la Maternidad Estela de Carlotto sufrió cambios por *razones políticas* en su coordinación, que incluyeron el despido de reconocidas profesionales con amplia trayectoria de trabajo en el municipio.

²³ Entrevista a funcionario de Secretaría de Salud municipal, 12/12/2017.

²⁴ Entrevista a funcionario de Secretaría de Salud municipal, 22/02/2018.

Clara Pierini es Magíster en Políticas Sociales por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y doctoranda en Ciencias Sociales por la misma casa de estudios. Licenciada en Ciencias Antropológicas y Especialista en Gestión y

Planificación de Políticas Sociales, de la Universidad de Buenos Aires. Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas en el Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento. Su línea de investigación pone foco en la atención perinatal, las redes de servicios de salud y el territorio del conurbano bonaerense. Correo electrónico: clara.pierini@gmail.com